

## Aanvraagformulier OSAS-behandeling

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van OSAS-behandeling door de behandelend arts. Wij verzoeken u dit formulier volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.



### Verzekerdengegevens

Relatienummer: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_ Tussenvoegsel: \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_  de heer  mevrouw

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer 1: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer 2: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Eventuele bijzonderheden (zoals eventueel klantnummer, ander afleveradres, inkooporder etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Fase 1 – specialist/slaapkliniek

### 1.1 Diagnose

Onderzoeksdatum: \_\_\_\_\_

Polygrafie  Polysomnografie

Apneu/hypopneu index (AHI) \_\_\_\_\_

Typerende klachten behorend bij apneu, niet anders verklaard.

Medische indicatie  OSAS  CSAS  POSAS

Bijzonderheden (o.a. functieproblemen, beperkingen of communicatieproblemen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1.2 Aanvraag therapie

Nieuwe patiënt

Vervanging eerste hulpmiddel  Aanvraag tweede hulpmiddel

Eerder hulpmiddel?  ja  nee

Zo ja, welk?  CPAP  MRA  Positietrainer

Per wanneer? \_\_\_\_\_

Motivatie keuze ander hulpmiddel (indien van toepassing): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Proefperiode CPAP/APAP/BPAP Indien AHI > 5 (door naar 1.2.1)

Aanvraag MRA Indien AHI > 30 (door naar 1.2.2) motivatie: \_\_\_\_\_

Aanvraag positietrainer Indien AHI > en < 30 (door naar 1.2.3)

#### 1.2.1 Aanvraag en instellingen CPAP apparatuur

CPAP: Druk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

APAP: Onderdruk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O Bovendruk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

BPAP: Lpap \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O Epap \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

Imax \_\_\_\_\_ Emin \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O Ps max \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

Bevochtiger  ja  nee

Bijzonderheden CPAP en/of masker (speciale functie vereisten, zoals rampinstelling, minimale rampdruk): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1.2.2 Aanvraag MRA

Gebitssituatie:  Edentaat  Dentaat

Informed consent getekend:  ja  nee

Bijzonderheden MRA (*speciale functievereisten*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 1.2.3 Aanvraag positietrainer

*Inzet positietrainer is mogelijk op het moment dat er sprake is van stand van wetenschap en praktijk en dus opgenomen in de Zorgverzekeringswet.*

AHI rugligging  2x groter dan in rugligging

Percentage rugligging  > 10%

Bijzonderheden positietrainer (*speciale functievereisten*): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 1.3 Gegevens aanvrager en instelling

Naam Instelling: \_\_\_\_\_

AGB-code: \_\_\_\_\_

Klantnummer: \_\_\_\_\_

Afdeling: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Naam voorschrijver: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Fase 2 – Leverancier

### 2A Leverancier: Afleverbon CPAP/APAP/BPAP

#### 2.1 Geleverde CPAP apparatuur

Plaatsingsdatum: \_\_\_\_\_

(alleen tijdens proefperiode gewijzigde gegevens worden hieronder opgenomen)

CPAP: Druk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O  
 APAP: Onderdruk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O    Bovendruk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O  
 BPAP: Lpap \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O    Epap \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O  
          I<sub>max</sub> \_\_\_\_\_    E<sub>min</sub> \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O    P<sub>s</sub> max \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

Aangevuld met:

Merk: \_\_\_\_\_

Serienummer apparaat: \_\_\_\_\_

Serienummer bevochtiger: \_\_\_\_\_

Type masker:  Neus     Intranasaal     Fullface    Merk \_\_\_\_\_

Maat masker:  Small     Medium     Large     Anders, nl. \_\_\_\_\_

Flexmodus:  ja     nee    Stand \_\_\_\_\_

Minimale rampdruk: \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O    Duur \_\_\_\_\_ minuten

PM Datum afspraak specialist: \_\_\_\_\_

Bijzonderheden CPAP en/of masker:

(o.a. roker  ja     nee) (o.a. consignatieapparatuur  ja     nee)

---

---

---

---

### 2B Tandheelkundig specialist: Levering MRA

#### 2.1 Gegevens leverancier/tandheelkundig specialist

Naam behandelaar: \_\_\_\_\_

Bedrijfsnaam: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

#### 2.2 Geleverde MRA

Plaatsingsdatum: \_\_\_\_\_

Type: \_\_\_\_\_

Merk: \_\_\_\_\_

Aangemeten conform Zorgpad MRA en NVTS standaard

Tweede controleonderzoek uitgevoerd

Naam verantwoordelijkheid tandheelkundig specialist: \_\_\_\_\_

PM Vervolgafspraak specialist: \_\_\_\_\_

## 2C Levering hulpmiddel positietrainer

### 2.1 Gegevens leverancier

Naam behandelaar: \_\_\_\_\_  
Bedrijfsnaam: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_

Bijzonderheden positietraining: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2.2 Geleverde positietrainer

Plaatsingsdatum: \_\_\_\_\_  
Type: \_\_\_\_\_  
Merk: \_\_\_\_\_

## Fase 3 – Definitieve aanvraag (Ondertekenen door behandelend specialist/slaapkliniek)

### 3.1.1 Evaluatie CPAP

- Datum evaluatie: \_\_\_\_\_
- Uitgevoerd door: \_\_\_\_\_ Functie: \_\_\_\_\_
- Therapietrouw:  Uitgelezen gemiddelde laatste 3 weken: \_\_\_\_\_
1. Hoeveel uur slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel? \_\_\_\_\_ uur per nacht
2. Hoeveel dagen slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel? \_\_\_\_\_ dagen per week
- Therapie effectiviteit  Niet beschikbaar  Uitgelezen gemiddelde laatste 3 weken: \_\_\_\_\_
3. AHI \_\_\_\_\_
- Patiënt heeft geen gewenningsproblemen meer  Er zijn nog gewenningsproblemen, die niet oplosbaar zijn voor de leverancier
4. Eindoordeel patiënt:  Positief, wil graag doorgaan  Negatief, wil stoppen met therapie

### 3.1.2 Evaluatie MRA

- Datum evaluatie: \_\_\_\_\_
- Uitgevoerd door: \_\_\_\_\_ Functie: \_\_\_\_\_
- Therapietrouw:  Gevraagd  Chip uitgelezen, gemiddelde laatste 3 weken: \_\_\_\_\_
1. Hoeveel uur slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel? \_\_\_\_\_ uur per nacht
2. Hoeveel dagen slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel? \_\_\_\_\_ dagen per week
- Patiënt heeft geen gewenningsproblemen meer  Er zijn nog gewenningsproblemen, die niet oplosbaar zijn voor de leverancier
3. Eindoordeel patiënt:  Positief, wil graag doorgaan  Negatief, wil stoppen met therapie

### 3.1.3 Evaluatie positietrainer

- Datum evaluatie: \_\_\_\_\_
- Uitgevoerd door: \_\_\_\_\_ Functie: \_\_\_\_\_
- Therapietrouw:  Uitgelezen gemiddelde laatste 3 weken: \_\_\_\_\_
1. Hoeveel uur slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel? \_\_\_\_\_ uur per nacht
2. Hoeveel dagen slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel? \_\_\_\_\_ dagen per week
- Therapie effectiviteit: \_\_\_\_\_ % rugligging
3. AHI \_\_\_\_\_
- Patiënt heeft geen gewenningsproblemen meer  Er zijn nog gewenningsproblemen, die niet oplosbaar zijn voor de leverancier
4. Eindoordeel patiënt:  Positief, wil graag doorgaan  Negatief, wil stoppen met therapie

### 3.2 Gegevens slaaponderzoek

- Slaaponderzoek  Niet van toepassing (*geen slaaponderzoek*)
- Therapie effectiviteit AHI \_\_\_\_\_ of percentage rugligging \_\_\_\_\_%

### 3.3 Anamnese overig

Typerende klachten behorend bij apneu, niet anders verklaard:

- Onveranderd
- Enigszins afgenomen
- Sterk afgenomen

Toelichting verantwoordelijk specialist (bij AHI > 10): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bijzonderheden/opmerkingen behandelaar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3.3.1 Geleverde CPAP apparatuur definitief

Plaatsingsdatum: \_\_\_\_\_

CPAP: Druk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

APAP: Onderdruk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O Bovendruk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

BPAP: Lpap \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O Epap \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

Imax \_\_\_\_\_ Emin \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O Ps max \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

Merk: \_\_\_\_\_

Serienummer apparaat: \_\_\_\_\_

Serienummer bevochtiger: \_\_\_\_\_

Type masker:  Neus  Intranasaal  Fullface Merk \_\_\_\_\_

Maat masker:  Small  Medium  Large  Anders, nl. \_\_\_\_\_



#### Gegevens en ondertekening aanvrager en instelling

(zie 1.4 gegevens worden automatisch overgenomen)

Naam verantwoordelijk specialist: \_\_\_\_\_

Specialisme: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_



Dit formulier kunt u sturen naar [mbz@pzp.nl](mailto:mbz@pzp.nl) of per post: **PZP, afdeling Medische beoordelingen PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg.**  
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen PZP, telefoonnummer **(013) 594 97 27.**